Pour un *ajustement* en psychothérapie…

Guillaume Poupard*

Prélude

Face à la « *psy attitude* », qui envahit l'espace du quotidien (magazines, émissions télévisées et radiophoniques) en prônant le droit au soulagement rapide de la souffrance…

Face aux multiples formations brèves aux programmes alléchants : *« Déclic santé, accéder à son génie personnel, counsellor, être auteur de sa vie, la modélisation symbolique, traiter les traumatismes…* »*,* dont beaucoup se targuent d'une *certification nationale* voire internationale…

…Une démarche réflexive peut être soutenue afin d'interroger, du point de vue de leur pertinence et de leurs conditions d'utilisation, les pratiques et les outils plus ou moins nouveaux qui émergent aujourd'hui dans l'espace de la souffrance psychique. Nous souhaitons volontairement dégager notre argumentaire de toute position idéologique et tenterons de relier nos choix techniques et méthodologiques aux caractéristiques singulières des patients que nous rencontrons.

Notre pratique de psychologue clinicien, en exercice dans la fonction publique hospitalière et en libéral, se trouve aujourd'hui traversée par de nouvelles situations sociales et psychologiques (précarité sociale, monoparentalité, téléréalité, monopole du principe de plaisir, violences groupales…) qui ne manquent pas de nous interroger du point de vue des pratiques d'accueil et d'accompagnement de nouveaux modes d'expression de souffrance psychique (troubles identificatoires, addictions sans objet, polytoxicomanie, épuisement psychologique, situations incestuelles…).

Ainsi, à quels paradigmes et à quelles méthodologies nous référons-nous pour dégager les hypothèses cliniques que nous soutenons dans notre pratique psychothérapique ? Quels concepts étayent nos diagnostics et quelles grilles de lecture, situées au plus près du patient ou du groupe, nous orientent dans nos propositions d'indication ?

De formation psychanalytique individuelle et groupale (psychodrame de groupe), il m'est apparu nécessaire de prolonger celle-ci vers d'autres grilles de lecture des phénomènes psychiques et d'interroger les modalités relationnelles et de prise en charge les plus ajustées aux problématiques des patients que je rencontrais. Un cursus formatif long - en programmation neurolinguistique et en hypnose ericksonienne - réalisé dans différents organismes de formation, m'a permis d'enrichir et d'affiner l'étude des structures de l'expérience subjective (croyances, structure des émotions, rapport au temps et à l'espace, stratégies mentales…) et de développer certaines formes de communication à plusieurs niveaux ou certaines stratégies d'intervention thérapeutique.

Par le détour d'une rencontre clinique en centre d'alcoologie, je tenterai de mettre en exergue l'intérêt d'une posture soutenant que les phénomènes psychiques peuvent être appréhendés sous de multiples aspects, là même où ils nous échappent par leur intrinsèque complexité. Cette rencontre clinique s'inscrit dans ma pratique de psychologue de la fonction publique hospitalière en centre d'alcoologie, auprès d'adultes addictifs à l'alcool, hospitalisés sur une durée de 5 à 8 semaines. La visée psychothérapique des entretiens est traversée par la brève durée de présence de ces patients, par l'engagement laissé à leur libre décision, par leur participation à de nombreux groupes et activités institutionnelles durant la journée et par ma présence limitée sur cette institution (2 jours). Le ou les premiers entretiens à visée diagnostique permettent que soient formulées une indication et une orientation au plus près des caractéristiques psychopathologiques (stratégies défensives, types d'angoisses, fragilité psychique, capacités associatives, rapport au verbal…) et des ressources potentielles des patients rencontrés.

Allegro ma non troppo

« … Mozart est hospitalisé pour la seconde fois dans ce centre d'alcoologie. Il souhaite me rencontrer bien qu'il fut réticent lors de sa première cure. Il avance qu'il saura rapidement

si un travail peut s'engager notamment à partir de ce qu'il "verra dans mes yeux" ce qu'il tente de m'expliquer en ouvrant grand ses yeux tout en souriant : sa confiance tient à ces indicateurs qu'il sait extraire chez l'autre.

Mozart est âgé d'une cinquantaine d'années, c'est un grand musicien qui souffre de problèmes d'alcool depuis de nombreuses années déjà. Malgré quelques sevrages et quelques cures en centre d'alcoologie, il continue toujours à s'alcooliser… Il s'alcoolise quand il est seul, il s'alcoolise dès qu'il est seul… Il avance des difficultés à s'exprimer en groupe, se dit très solitaire et utilise l'alcool pour vaincre le stress et la timidité et afin de supporter ce qu'il ne peut exprimer. Il dit ne pas avoir eu de relations affectives avec ses parents : froideur relationnelle, non prise en compte des désirs voire rejet ; seul son grand-père partageait et soutenait sa passion pour la musique qui débuta très tôt et le conduisit à l'obtention d'un premier prix de musique puis à l'enseignement. Sa carrière musicale est interrompue lorsqu'il se fait « virer », à cause de ses alcoolisations, l'année du décès de son père.

Lors des premiers entretiens psychothérapiques, Mozart manifeste des mouvements d'inhibition certains (replis corporels, tendances refus, verbalisation limitée, temps de latence longs…) sauf quand je lui propose une présence étayante par des questions, des relances, des suggestions… Ses mouvements agressifs et libidinaux n'apparaissent que peu dans son récit au profit d'un discours assez aseptisé. Les concepts de pensée opératoire, d'alexithymie m'apparaissent alors comme des pistes d'investigation intellectuelle pertinente. Cependant, il est à noter que Mozart possède des capacités d'insight évidentes et de repérage des changements subjectifs consécutifs à nos rencontres, même si la durée de ceux-ci est brève et si l'état interne désagréable qui l'envahit alors de nouveau continue d'être l'élément central de sa plainte.

Face aux caractéristiques contextuelles, psychopathologiques et transféro-contre-transférentielles (tendance à la restriction, banalisation, accent porté sur le factuel, affects minimisés, demande d'étayage, anxiété diffuse, tonalité dépressive de l'humeur, hétérogénéité des registres de fonctionnement, perméabilité des limites, fragilité narcissiques, ressources mobilisables, alliance thérapeutique positive…) recueillies lors des premiers entretiens cliniques, il me semble important d'*ajuster* les outils et méthodes que je pourrais employer.

Le recours aux présupposés *(*orientation présent, ressources disponibles pour un changement, intention positive des comportements…), aux concepts (sous-modalités sensorielles, niveau logiques, croyances limitantes, perception du temps…) et aux techniques (semi-directivité, synchronie interactionnelle, ancrages de ressources, dissociation visuelle/ kinesthésique, ligne du temps, intégration d'états dissociés…) ***issus de l'hypnose ericksonienne et de la programmation neuro-linguistique*** m'ont alors paru plus propices à accompagner une problématique de dépendance, d'intériorisation et de restauration des objets internes, d'élaboration des fantasmes destructeurs et de soutien des processus de liaison.

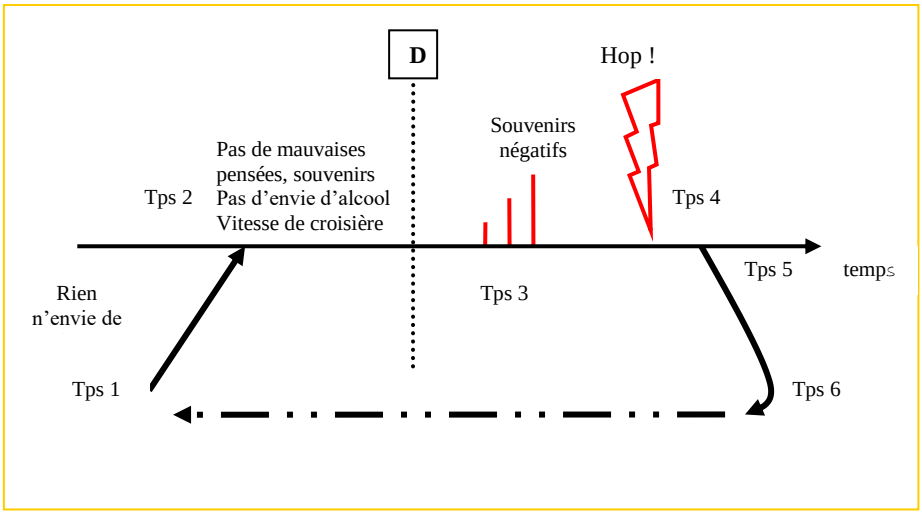
Là où le recours unique au verbal ne semble pas suffire pour que se maintienne le processus associatif et la perception d'une présence suffisante du thérapeute pour Mozart, j'opte alors pour le détour ***par la figuration graphique et la synchronisation non-verbale*.** Le tracé des éléments recueillis lors d'un questionnement semi directif nous permet de faire émerger ses *croyances limitantes* sur son environnement, sur ses capacités (*niveaux logiques* de Dilts, 2006) et de mettre en relief la liaison entre certains processus mentaux et ses états internes désagréables (*index de la conscience, modèle TOTE*). La mise en exergue d'un *déclencheur auditif* (« je n'y arriverai pas ») et du contexte de survenue de ses alcoolisations (quand il est seul) constituera le point de départ de mon intervention psychothérapique. La notion de temporalité et le travail sur *la ligne du temps* (Turner, 2003) seront des outils pertinents à partir desquels des transformations mutatives, face aux processus répétitifs mortifères, pourront être opérées.

Concernant la singularité du vécu affectif de Mozart, nous pouvons insister sur l'expérience subjective de froideur, de rejet ainsi que les attaques dénarcissisantes dont il dit avoir été l'objet. De plus, l'existence *d'injonctions parentales* (Berne, 1964, 1972) du type "

ne sens pas", "ne réussis pas", "n'ai pas de sentiment", ouvrant sur *des scénarii* de type "sans joie", "sans pensée" ou sur des *jeux psychologiques* (Berne, 1964, 1972) qui favorisent la passivité par abstention ou par sur-adaptation au désir de l'autre se répèteront dans le cadre de la dynamique transféro-contre-transférentielle.

Ce faisant, comment et dans quelles conditions peut se déployer « l'appareil à penser les pensées » ? Quel contrat thérapeutique co-défini et quelle modalité relationnelle soutenir afin qu'émergent les forces de vie nécessaire au processus de changement ? Enfin, si l'on avance que la musique est apparue comme un objet environnant sur lequel ont pu se déplacer les investissements pulsionnels libidinaux, quelle place pourra-t-on lui réserver au cours de ce travail psychothérapique ?

Au cours des séances, Mozart soulignera le sentiment de nécessité pour lui de recourir à des conduites d'alcoolisations comme moyen de se protéger d'images mentales désagréables, causes de sa souffrance. L'écrasement de l'espace et du temps dont témoigne son récit (« *je vais bien et hop ! je bois…* ») seront le point de départ d'un questionnement centré sur ses stratégies mentales. La conviction d'imprévisibilité, l'absence de déclencheur repéré, *les équivalences complexes perceptuelles* informulées ne pouvant que le conduire à un sentiment majeur d'impuissance, dont seule la proposition de *cadres de différences* permettra un dégagement à partir de la construction d'une analogie musicale. En effet, Mozart sera invité à caractériser son expérience répétitive à partir du vocable musical (temps 1 : clef de *sol* qui conduit ; temps 2 : clef de *fa* romantique, monotone ; temps 3 : clefs de *ut* excitatrices initiatrices, provocatrices).



Nous explorons graphiquement, gestuellement, rythmiquement et auditivement ces différentes clefs et Mozart conviendra de remarquer que la croissance dans les niveaux d'*ut* est similaire à l'augmentation d'états internes désagréables. A partir de cette métaphore, la nouvelle question se posant étant d'envisager les conditions et les ressources nécessaires à la modération de ses "*ut internes*". Poursuivre de filer la métaphore graphiquement lui permettra de souligner qu'il s'agit pour lui de passer d'une clef d'*ut* à la clef de *fa*, soit de tensions massives et brèves à des états internes plus modérés c'est-à-dire de faire l'expérience d'une meilleure régulation de ses *"émo…sons"*. Jusqu'alors son "chef d'orchestre interne" était « débordé par la clef d'*ut*, qu'il n'arrivait pas à faire taire… c'était la rébellion, la révolte, elles voulaient faire entendre leurs voix… si elles ne sont pas bridées, elles prennent le dessus… supprimer les *ut* c'est pas possible. Alors il faudrait passer de la clef de *fa* en clef de *sol*… les *ut*, on en a besoin, mais elles sont perturbatrices, provocatrices, percutantes, métalliques, désorganisatrices, indépendantes. Brider les *ut*, les mettre en sourdine. On peut transformer les *ut* en *fa*-accompagnatrice et garder la clef de *sol* qui est entraînante, chaude, active, conductrice, bienfaitrice…transformer la clef de *ut* en

fa… elle est dépendante de la clef de *sol* pour se faire entendre, la clef de *fa* n'a pas la capacité de résister aux attaques, elle ne peut pas se battre contre la clef de *ut* "… ».

Le passage par ce moment de travail dans la thérapie de Mozart vise à mettre en relief l'intérêt du travail métaphorique (Malarewicz, Benoit, 1988) comme voie d'accès aux ressources disponibles d'un patient à partir d'une exploration à distance de celles-ci. Le détour par la figuration graphique a eu pour objet de faciliter l'accès à des représentations mentales et à des affects jusqu'alors non disponibles, et de soutenir l'activité de liaison du préconscient. De plus, il a permis d'affiner le recueil d'informations issues des entretiens précédents de mettre en exergue les ressources disponibles pour un changement ; démarche complémentaire de celle réalisée lors du diagnostic clinique et de la définition de l'indication psychothérapique.

Du point de vue de la dynamique transféro-contre-transférentielle, il nous semblait nécessaire que le thérapeute se laisser imprégner par ce que le patient lui "donne à ressentir", afin de pouvoir écouter "les cris de détresse et les terreurs innommables de l'enfant", puis les transformer, dans un second temps, en paroles audibles (Bion) ; ce à quoi pouvait contribuer l'établissement d'une *synchronie interactionnelle* (Bandler et Grinder, 1975). De plus, *recourir à la dissociation* (Gorisse, 1985 ; Malarewicz, 1986 ; Michaux, 2006), à *l'ancrage de ressources* (Bandler et Grinder, 1975), au travail sur les *sous*-modalités (Bandler,1990) ont permis que soient traversées certaines expériences sensorielles sans que soient trop débordées les capacités pare-excitatrices de Mozart. Enfin, une exploration centrée sur les *parties internes en conflit* a visé une collaboration sinon une réorganisation de celles-ci (Bandler et Grinder, 1999 ; Phillips, 2001).

Crescendo, poco a poco, ad liberum…

Si nous avons avancé l'intérêt de l'adéquation de nos pratiques et l'ajustement de nos outils aux singularités et aux spécificités des patients que nous rencontrons, il n'était pas question pour nous de prôner l'adhésion à l'intégration de toutes les techniques et de tous les outils qui ont fleuri et fleurissent aujourd'hui dans les supermarchés du soin. Au contraire, et face à l'apparente simplicité d'usage de certaines techniques thérapeutiques, nous soutenons la nécessité d'un haut niveau de formation en psychologie et en psychopathologie comme conditions minimales d'un accompagnement thérapeutique éthique. Ce faisant, si la complexité des phénomènes psychiques nécessite une lecture pluri focale de la souffrance psychique, nous prétendons alors qu'elle ***ne peut être appréhendée qu'à l'issue d'un diagnostic clinique rigoureux et approfondi des mécanismes de défense, des types d'angoisse, du rapport à la réalité, de la qualité des objets internes…*** Sans cela, les propositions techniques envisagées ne pourront que se résumer à un regroupement de recettes pour une lutte sans compromis contre un symptôme gênant, au lieu de se présenter comme des aménagements pour une exploration de champs jusqu'alors aveugles.

De plus, on ne peut que souligner l'importance d'un travail personnel ouvrant sur une plus juste appréhension de la dynamique transféro-contre-transférentielle. Enfin, il nous apparaît que la prise en compte de l'inscription d'un sujet dans ses groupes sociaux doit maintenir notre intérêt pour une approche plurielle de phénomènes complexes au sein de laquelle la psychanalyse individuelle ou à l'épreuve du groupe (Kaës, 2007) conserve pour nous une place centrale.

Intégrer la grille de lecture et parfois certains des outils des formations complémentaires dans lesquelles je me suis engagé, me permet aujourd'hui de ***maintenir vivant un modèle complexe d'appréhension des faits psychiques***. Mais aussi, de ***garantir l'écologie des systèmes en jeu au sein lors de la création de choix nouveaux*.** Ce faisant, la dynamique de changement que nous accompagnons ne peut être déterminée par la brièveté de la thérapie mais par l'orientation délibérément centrée sur les processus plutôt que sur les contenus. Ainsi, d'autres possibles singuliers pourront émerger chez ceux que nous rencontrons.

BIBLIOGRAPHIE

Bandler, R., 1990. *Un cerveau pour changer.* Paris : Dunod.

Bandler, R., Grinder, J., 1975. *The structure of magic.* Palo alto : Science and behavior book.
Bandler, R., Grinder, J., 1982. *Les secrets de la communication.* Le jour éditeur.
Bandler, R., Grinder, J., 19899. *Transe-formations.* Paris : Dunod.
Berne, E., 1964. *Des jeux et des hommes.* Paris : Stock.
Berne, E., 1972. *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?* Paris : Tchou
Dilts, R., 2006. *Changer les systèmes de croyances avec la PNL.* Paris : Dunod.
Gorisse, J., 1985. *L'hypnose en psychothérapie.* Le courrier du livre.
Kaës, R., 2007. *Un singulier pluriel.* Paris : Dunod.
Malarewicz, J-A., 1986. *L'hypnose thérapeutique.* Paris : ESF.
Malarewicz, J-A., BENOIT, J-C., 1988. *La stratégie en psychothérapie ou l'hypnose sans hypnose de milton h. erickson.* Paris : ESF.
Michaux, D., 2006. *Hypnose et dissociation psychique.* Satas.
Phillips, M., 2001. *Psychothérapie des états dissociatifs.* Satas.
Turner, J., 2003. *La ligne du temps.* Paris : Dunod.

*Psychologue clinicien, Psychothérapeute g.poupard@mageos.com Les Catalans 05700 La Bâtie Montsaléon
Centre d'alcoologie clinique (CH Laragne) 05700 Méreuil.